

Annexite et Appendicite

(DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 9 juillet 1907

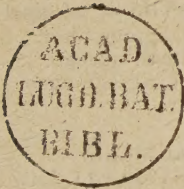
PAR

M^{LLE} C. PONSARD

Née à Odessa (Russie), le 2 décembre 1878

Pour obtenir le grade de docteur d'Université

(MENTION MÉDECINE)



MONTPELLIER

IMPRIMERIE GROLLIER, ALFRED DUPUY SUCCESSEUR
Boulevard du Peyrou, 7

1907

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. MAIRET (✱).....	DOYEN.
SARDA.....	ASSEESSEUR.

Professeurs

Clinique médicale.....	MM. GRASSET (✱).
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (✱).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✱).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (✱).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (✱).
Chimie médicale.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS.
Opérations et appareils.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL.
Anatomie pathologique.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H).
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.

Professeurs-adjoints : M. RAUZIER, De ROUVILLE.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✱), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.....	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.....	RAUZIER, prof. adjoint.
Pathologie externe.....	SOUBEIRAN, agrégé.
Pathologie générale.....	N...
Clinique gynécologique.....	De ROUVILLE, prof.-adjoint
Accouchements.....	PUECH, agrégé libre.
Clinique des maladies des voies urinaires..	JEANBRAU, agrégé.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, agrégé libre.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. JEANBRAU.	MM. GAGNIERE.
RAYMOND (✱).	POUJOL.	GRYNFELTT Ed.
VIRES.	SOUBEIRAN.	LAPEYRE.
VEDEL.	GUERIN.	

M. H. IZARD, secrétaire,

Examineurs de la thèse :

MM. TÊDENAT, président.	MM. LAPEYRE, agrégé.
DE ROUVILLE, professeur adj.	SOUBEIRAN, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

C. PONSARD

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR TÊDENAT
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A TOUS MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

C. PONSARD

INTRODUCTION

L'an dernier encore, d'importants débats sur le diagnostic de l'appendicite, soulevés devant l'Académie de Médecine par le professeur Dieulafoy passionnèrent, comme en 1897, tous les grands médecins et chirurgiens, voire la grande presse politique et le public extra-médical tout entier. Vers la même époque, à la Société de Médecine de Berlin, la plupart des maîtres venaient dans un débat général sur le diagnostic et le traitement de cette affection apporter le résultat de leur pratique. Aussi nous a-t-il paru intéressant de revenir sur cette question toujours si palpitante de l'appendicite, et d'en préciser certains points spéciaux de diagnostic.

L'appendicite, depuis qu'elle a été si bien étudiée et qu'elle est devenue maladie à la mode, a trompé et trompera encore un grand nombre de praticiens; c'est que même pour les observateurs les plus sagaces, le diagnostic en est souvent difficile. La réunion au point de Marc Burney de la douleur, de la défense musculaire et de l'hyperesthésie cutanée, en un mot la triade symptomatique de Dieulafoy, constituent sans doute le meilleur signe; mais il ne suffit pas toujours de les rencontrer pour poser le diagnostic d'appendicite: en pratique, la chose n'est pas toujours aussi simple. Il est des appendices enflammés qui ne présentent pas tous les éléments de cette triade et empruntent une symptomatologie particulière: ce sont les appendicites méconnues;

d'autres organes que l'appendice peuvent donner lieu à la triade symptomatique : ce sont les pseudo-appendicites.

Chez la femme, en particulier, les erreurs de diagnostic ont été peut-être plus fréquentes ; à côté de nombreuses entérocolites muco-membraneuses simples ou de lithiase intestinale, si fréquentes chez le sexe féminin, ce sont surtout les affections utéro-annexielles qui ont prêté à confusion.

Chez certaines jeunes filles, des troubles menstruels particulièrement douloureux ont simulé parfois une appendicite ; dans d'autres cas caché celle-ci, comme l'ont signalé Soupault, Leguen, Dalché et tout récemment Glücksmann (Société de méd., Berlin, 13 juin 1907).

Les hystériques ont parfois des douleurs intenses dans la fosse iliaque droite, s'accompagnant de vomissements ou de péritonisme : et ces avaries hystériques peuvent simuler une appendicite rentrant dans le cadre des appendicites fantômes de Brissaud (Brissaud, Rendu, Gaillard, Grasset et Forgue). Au contraire, les antécédents névropathiques d'un sujet feront parfois éloigner l'hypothèse d'une appendicite alors que l'appendice se trouve réellement en cause.

Nombreuses sont maintenant les observations dans lesquelles on avait cru avoir affaire à une appendicite aiguë, mais où on trouve à l'opération une trompe droite rompue à la suite d'une grossesse extra-utérine : le diagnostic n'avait pas été porté dans ces cas là, parce qu'il manquait le retard des règles et les signes d'hémorragie interne : Leguen, Dieulafoy, Pinard, etc.

Mais les affections de l'appareil génital qui ont été le plus souvent confondues chez la femme avec l'appendicite sont à coup sur les annexites ; aussi est-ce à leur diagnostic différentiel que nous avons décidé de limiter notre travail.

De nombreux auteurs se sont occupés des relations entre l'appendicite et les lésions utéro-annexielles, ils ont étudié

surtout les appendicites d'origine annexielle par propagation de proche en proche au moyen d'adhérences unissant les annexes malades à l'appendice sain ou par infection à distance (Clado, Ereub, Tuffier et Jeanne, Lapeyre, Pétersen); d'autres ont décrit les annexites d'origine appendiculaire. Pozzy, Barnsby, Sonnemburg, Krüger, Bouilly, ont surtout étudié la concomitance ou le degré de succession de ces deux genres d'affection : peu les ont étudiées en tant que lésions isolées et ayant donné lieu à une confusion de l'une avec l'autre. C'est ce que nous essaierons d'étudier, en cherchant si l'on peut arriver à distinguer ces deux affections par des signes spéciaux et à établir un diagnostic différentiel assez solide. C'est à Montpellier, pour la première fois, en 1895, qu'un élève de notre maître M. le professeur Tédénat, Besson, traita la question comprise de cette manière. Après son travail plusieurs travaux importants ont paru. A Paris, les thèses de Delcamp (1900), de Quillat (1901), de David (1904); dans la *Revue internationale de Médecine et de Chirurgie*, Leguen, en 1902, a consacré une clinique à ce problème de diagnostic. Enfin, Auvray, en 1904, a publié un opuscule où il traite aussi la question.

Dans notre travail, nous avons cru devoir faire précéder l'exposé clinique de quelques notions anatomiques sur la position respective de l'appendice et de ses annexes, notions indispensables pour bien comprendre la possibilité d'une pareille erreur de diagnostic. Nous avons intitulé ce premier chapitre : Rapports anatomiques et pathologiques de l'appendice et des annexes, parce que nous avons étudié ces rapports non seulement chez la femme saine, mais aussi quand l'un de ses organes se trouve malade.

Après cette étude anatomique, nous exposerons tout de suite les cas cliniques dans lesquels des erreurs de diagnos-

tic ont. été commises et quelques-unes qui montrent bien la solidarité pathologique des deux organes.

Dans notre troisième chapitre, nous chercherons, d'après l'étude dans ces divers cas à étudier les symptômes différentiels des deux affections.

Mais avant d'entrer plus avant dans notre travail, nous tenons à remercier tous nos maîtres de la Faculté de Montpellier, et spécialement M. le professeur Tédénat qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse et nous a permis de publier une de ses observations inédites. Ces remerciements s'adressent aussi à M. le professeur agrégé Soubeyran, qui nous a inspiré le sujet que nous avons choisi pour notre thèse inaugurale et a bien voulu nous donner une observation personnelle et inédite des plus intéressante.

CHAPITRE I

Rapports anatomiques et pathologiques de l'appendice et des annexes

L'appendice, cet organe résiduel, vestige de l'état embryonnaire peut, comme les organes de pareille origine, occuper des positions variables avec les divers sujets ; à côté des types interne et externe ou ascendants, il y a une position descendante qui nous intéresse particulièrement ici. Tantôt il croise le posas, s'engage dans le petit bassin et vient se mettre en rapport avec les organes de cette cavité, vessie, rectum, utérus et particulièrement ovaires : c'est ce qu'on appelle l'appendice pelvien. Dans d'autres cas, il est simplement placé au dessous et en dedans du cœcum et sa pointe n'arrive qu'au niveau du détroit supérieur que parfois elle déborde : c'est la variété sous-cœcale proprement dite. Enfin, chez certains individus, ce n'est pas seulement l'appendice qui est bas situé, mais tout le cœcum lui-même. Legueu (1) a en effet trouvé « 14 fois sur 100 sujets, chez l'enfant, le cœcum et l'appendice dans la cavité pelvienne, en arrière de

(1) Legueu. La situation du cœcum chez l'enfant. *Bulletin Société anatomique*, 1891.

la vessie et en avant du rectum et, dans un cas comme dans l'autre, en contact intime avec les annexes ».

Quelle est la fréquence de cette position basse de l'appendice, de cette variété d'appendice pelvien ? Nous poser cette question, c'est poser la question de la fréquence possible des erreurs de diagnostic entre appendicite et annexite ; car c'est surtout dans cette situation descendante de l'appendice qu'on aura à discuter sérieusement entre ces deux affections.

Legueu, avons-nous déjà vu, trouve chez l'enfant 14 pour 100 d'appendice en position nettement pelvienne.

Vallée (1), dans sa thèse sur l'appendice de l'enfant, n'a vu que dans deux cas seulement, sur cent autopsies d'enfant, le cœcum au dessous du plan passant par les épines iliaques antérieures et supérieures. On voit combien les proportions sont différentes entre ces deux auteurs : ces deux statistiques ne portent que sur l'enfant ; or, on sait la rareté chez la petite fille des affections utéro-annexielles, et, par suite, on aura rarement à hésiter chez l'enfant entre appendicite et annexite, quoique dans quelques cas tout à fait exceptionnels on puisse avoir à discuter un diagnostic assez analogue entre appendicite et troubles menstruels. Mais le développement du bassin vers l'adolescence et l'âge adulte, ainsi que celui de l'utérus, des trompes et de l'ovaire ne fait que rapprocher au lieu d'éloigner annexes et appendices ; de plus, la ptose cœcale qui accompagne nécessairement à un certain âge la ptose intestinale et le relâchement de la paroi abdominale ne fera qu'augmenter à un âge plus avancé la proportion des appendices pelviens. Plus le sujet avancera dans la vie, plus seront fréquentes les appendicites pelviennes ; c'est ainsi qu'à l'âge adulte et chez le vieillard on trouve parfois ces

(1) Vallée : Appendice chez l'enfant. Th. Paris, 1900.

appendicites herniaires, dues elles aussi à un déplacement de l'appendice, d'où l'importance de ces statistiques comme celle de Legueu, trouvant même chez l'enfant une proportion si considérable d'appendices pelviens. Vautrin (1) a d'ailleurs dit, sans toutefois donner de statistiques, une anomalie congénitale de l'appendice ; à la suite d'adhérences contractées dans la vie fœtale avec l'ovaire, celui-ci entraînerait parfois au cours de sa migration l'appendice en position inférieure.

Quant aux statistiques portant sur l'adulte ou à la fois sur l'enfant et l'adulte, nous ne connaissons que celles de Lafforgue, Bérard, Fergusson, Biggs, Tuffier, Jeanne et Barnsby, la plupart des autres auteurs, anatomistes ou chirurgiens, se contentant d'indiquer la variété descendante de l'appendice sans en indiquer sa fréquence.

Lafforgue (2) admet une proportion d'appendices descendants de 41 p. 100 (83 sur 200), et sur ces 41 p. 100, il y en aurait 20 de franchement pelviens.

Bérard (3) n'indique que 30 p. 100. Fergusson (4), sur 200 cadavres, a trouvé 11 fois l'appendice descendant vers le bassin. Tuffier et Jeanne ont trouvé l'appendice en position iliaque droite inférieure 32 fois sur 118 cadavres. Biggs a vu l'appendice dirigé enbas et en dedans 28 fois, situé dans l'excavation pelvienne 21 fois, sur 150 autopsies.

Barnsby, dans une statistique personnelle, fait ressortir la fréquence de cette position chez la femme. Sur 100 sujets adultes du sexe féminin, 61 fois l'appendice était en position

(1) Vautrin : Soc. de méd. de Nancy, nov. 1897.

(2) Lafforgue. *Journal d'anat. et de phys.*, 1833, p. 141.

(3) Bérard. Thèse de Donnoy. Lyon, 1897, p. 11.

(4) Fergusson. *Amér. Journal med. sc.*, 1831, p. 61.

descendante, la pointe venant au moins effleurer le bord du détroit supérieur ; d'ailleurs, sur ces 61 cas, 32 fois l'appendice était nettement pelvien et prenait contact plus ou moins intime avec le rectum, l'utérus, la vessie et particulièrement avec la partie postérieure du ligament large correspondant.

Cette plus grande fréquence ne nous étonne pas, si nous songeons seulement aux troubles apportés dans la statique abdominale par les grossesses répétées et aussi par l'usage du corset.

Appuhn établit, d'après diverses statistiques, que la position pelvienne existait dans 23,6 p. 100 des cas.

On doit donc, d'après ces statistiques et en comparant celles qui se rapportent à l'enfance et à l'âge adulte, admettre : 1^o la fréquence considérable des appendices à type descendant ; près de 23,30 p. 100 si l'on fait la somme de ces diverses statistiques, tant pour l'enfant que pour l'adulte ; 2^o la fréquence plus considérable de cette position plus on avance en âge et particulièrement chez la femme. 14 (Legueu) ou 2 p. 100 (Vallée) chez l'enfant, 38 p. 100 environ dans les deux statistiques portant sur les deux sexes ; 61 p. 100 dans la statistique de Barnsby, qui nous intéresse beaucoup plus, puisqu'elle ne porte que sur la femme.

Mais à côté de la question des appendices pelviens, à côté des appendicites de symptomatologie pelvienne, même annexielle, n'y a-t-il pas aussi celle des annexes abdominaux, à position élevée dans la fosse iliaque droite, des annexites à symptomatologie appendiculaire ? Dans quelques-unes des erreurs de diagnostic que nous aurons à signaler, l'erreur ne provient pas toujours de ce que l'appendice est descendu vers les ovaires, mais bien de ce que les annexes sont montés vers l'appendice. Il y a d'abord la question des ovaires ectopiques, restés parfois plus haut situés que d'habitude dans leur migration vers le petit bassin ; il y a aussi et sur-

tout des grossesses successives où parfois les tumeurs de l'utérus ou des annexes du même côté ou du côté opposé qui, remontant les annexes, en font des organes abdominaux pouvant, sous des influences diverses, rester fixés par des adhérences plus ou moins solides avec l'appendice en position latérale ou même ascendante. Hâtons-nous de dire que cette ascension des annexes est beaucoup moins fréquente que la descente de l'appendice; elle n'a cependant pas échappé à Legueu, qui en signale l'importance dans ses leçons de clinique chirurgicale, et la trompe peut s'élever. Il en est ainsi en particulier lorsque des salpingites se développent pendant la grossesse ou des suites de couches, alors que l'utérus est incomplètement revenu sur lui-même. Devenue iliaque, la salpingite est alors au contact de l'appendice, et il est tout naturel que celui-ci contracte avec la trompe malade des connexions anormales.»

A côté de ces rapports topographiques de contiguité entre l'appendice et les annexes, il est certains rapports plus intimes : rapports de continuité pour ainsi dire que nous ne pouvons passer sous silence ; il s'agit d'un prétendu ligament appendiculo-ovarien décrit pour la première fois par Clado (1) : « En relevant l'appendice iléo-cæcal on peut voir qu'il se forme un repli péritonal partant du méso-appendice pour aller se continuer avec le bord supérieur du ligament large. Ce repli, dit ligament appendiculo-ovarien, est fusiforme, à concavité supérieure ; sa partie moyenne répond aux vaisseaux iliaques et mesure un ou deux centimètres de hauteur. Ce ligament est constant chez la femme et on en trouve parfois des vestiges chez l'homme sous forme d'un petit repli qui croise les vaisseaux iliaques et se perd dans le bassin ».

(1) Clado : De l'appendice iléo-cæcal. Soc. de Biol., 1832.

On comprend quelle serait l'influence d'un pareil ligament : Non seulement il permettrait la propagation d'une inflammation de l'appendice à l'ovaire, ou vice versa, grâce aux vaisseaux lymphatiques décrits par Clado « qui mettent en communication les atmosphères celluleuses des deux organes et permettent aux micro-organismes de se transmettre de l'un à l'autre », mais il pourrait, au dire de Treub (1), déverser les produits infectieux dans le ligament large, et l'appendicite pourrait, même sans lésion concomitante de la trompe ni de l'ovaire, se traduire par exemple par un phlegmon du ligament large.

Malheureusement, tous les anatomistes ne sont pas d'accord sur ce ligament et ces communications lymphatiques ; Durand (2), Binkley, Kruger (3), Treub, l'ont eux aussi décrit ; mais Lafforgue (4), élève de Testut, ne l'a retrouvé que 20 fois sur 100 ; Barnsby (5) ne l'a pas rencontré une fois sur 127 cadavres ; Bérard, Sonligoux, Poirier, ne le mentionnent pas. Si toutefois, comme nous devons maintenant l'admettre, ce ligament est assez inconstant ou même n'existe pas, les données cliniques semblent nous faire admettre la communication lymphatique entre annexes et appendice et les rapports sont donc plus intimes que des rapports de simple contiguité.

Dans un cas unique, Tixier et Viannay ont rencontré un ganglion situé dans l'épaisseur du ligament appendiculo-ova-

(1) Treub : Rev. de gyn. et de chir. abd., 1857, p. 263. — Appendicite et paramétrite.

(2) Durand, *Progrès médical*, 1875.

(3) Kruger, *Deusth Zeitschrift für chir.*, XLVI, 1897.

(4) Lafforgue, *Journal d'an. et phys.*, 1893, p. 141.

(5) Barnsby, thèse Paris, 17.

rien au point où le repli péritonéal se sépare du méso-appendice. Ce ganglion est vraisemblablement un relais placé sur le trajet des lymphatiques de l'appendice qui, par le ligament appendiculo-ovarien, entrent en communication avec les lymphatiques de l'utérus et de l'ovaire.

Rappelons encore pour mémoire l'existence dans ce ligament appendiculo-ovarien, d'une artère faisant communiquer encore appendice et ovaire et faisant participer l'appendice à l'hyperémie d'origine menstruelle des organes du petit bassin (Glücksman).

Nous avons eu surtout en vue dans ce chapitre les rapports anatomiques des annexes et de l'appendice sain, ces rapports qui nous expliquent maintes erreurs de diagnostic ; il nous faut dire un mot des rapports pathologiques des deux organes. Un appendice qui, normalement se trouve en position, non point pelvienne, mais simplement descendante, ne donnera-t-il pas lieu à un abcès qui viendra fuser dans le ligament large ?

Ou encore un appendice en position latérale interne ne pourra-t-il pas, dans certains cas, donner naissance à une péritonite dont le pus viendra tomber dans le cul-de-sac de Douglas ? Et, dans ces circonstances, le médecin ne sera-t-il pas plus conduit par le toucher au diagnostic de lésions utéro-annexielles qu'au diagnostic de lésions appendiculaires. Inversement, une collection ou un empâtement assez volumineux de la fosse iliaque droite dû à un pyosalpinx, développé dans une trompe en position élevée grâce à des adhérences anciennes et par suite peu accessible par le toucher vaginal, ne fera-t-elle pas penser à un plastron appendiculaire ? Ce sont rapports pathologiques, puisque chez ces sujets à l'état sain, avant le déplacement causé par la maladie, il n'y avait pas de contact aussi intime entre annexes et appendice.

Que ces rapports entre appendice et annexes soient en

quelque sorte normaux, je veux dire dus à des dispositions anatomiques normales, ou qu'ils soient dus à des déplacements causés par l'inflammation de l'un ou de l'autre, ils existent d'une façon indiscutable ; il est des cas où l'appendice enflammé a une position et une symptomatologie pelvienne, il est des cas où les annexes enflammées occupent la région cœco-appendiculaire. Ces cas, nous allons les retrouver dans les diverses observations recueillies dans la littérature et qui ont été causes d'erreurs de diagnostic.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Inédite, due à l'obligeance de M. le professeur Tédénat)

W. M... 22 ans, couturière, entre le 6 décembre 1904, salle Desault, parce qu'il y a huit jours elle a ressenti de violentes douleurs dans le flanc droit accompagnées de vomissements verdâtres, et s'irradiant à toute l'étendue de l'abdomen.

Antécédents personnels. — Il y a 3 ou 4 ans, elle a eu un commencement de bronchite qui l'obligea à garder le lit pendant 8 jours; elle avait de la fièvre, toussait un peu mais n'a craché ni sang ni crachat souillé.

En septembre 1903 elle éprouva quelques douleurs dans le flanc droit mais qui n'interrompirent pas ses occupations et ne s'accompagnèrent d'aucun accident gastro-intestinal.

Au commencement de 1904, elle ressentit brusquement une douleur violente dans le flanc droit. En même temps elle vomit d'abord ses aliments puis des matières jaune-verdâtre. Le ventre était excessivement douloureux et la malade dut garder le lit pendant quatre à cinq jours.

Depuis un an, elle est sujette à des indigestions qui se traduisent par deux ou trois selles diarrhéiques.

Au point de vue menstruel, elle a été réglée à 13 ans. Ses règles durent de trois à quatre jours, sont parfois assez douloureuses le premier. Il n'y a jamais eu de caillots. Légère leucorrhée intermenstruelle.

Examen. — Actuellement le ventre est légèrement arrondi, un peu saillant peut-être du côté droit. Il est légèrement tendu, uniformément douloureux à la pression ; cependant il semble que la douleur soit plus aiguë dans la région hypogastrique. En ce point, la pression amène le besoin d'uriner. La percussion, même très légère, provoque de la douleur très intense du côté gauche à environ trois travers de doigt au-dessus du pubis ; du côté droit, au contraire, la douleur est bien moindre au point correspondant. Le toucher vaginal n'est pas pratiqué, la malade étant vierge. L'examen par le toucher rectal a permis de sentir une masse mal déterminée dans le bassin du côté droit. On se demande s'il n'y a pas quelque chose de tubo-ovarien de ce côté.

Opération le 14 décembre 1904. Incision médiane. A l'ouverture du péritoine on tombe sur des adhérences de l'intestin grêle avec la séreuse pariétale ; ce sont des adhérences fibrineuses de nouvelle formation.

L'appendice est difficilement reconnu, le cœcum étant fixé très bas par des adhérences et des fausses membranes. Du point d'insertion de l'appendice on commence la décortication de cet organe et on le retire comme un poignard de sa gaine. Il est lié et sectionné et son pédicule enfoui par une double suture, l'une à surjet, l'autre à la Lambert. En explorant les annexes, on trouve la trompe droite très allongée qui est remontée verticalement dans l'abdomen où elle adhère par

son pavillon à l'intestin grêle. Elle est libérée et rentre dans le bassin.

Une mèche de gaze iodoformée est enfoncée doucement dans le pelvis et y est maintenue pendant le temps mis à faire la suture.

Suture en surjet péritonéo-musculo-aponévrotique. Suture superficielle au crin de Florence.

Suites normales. Réunion par première intention. Sort guérie.

M. le professeur Tédénat a eu l'occasion de revoir la malade il y a trois ou quatre mois ; elle se porte bien et ne présente aucun trouble mênstruel.

OBSERVATION II

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Soubeyran

Appendicite pelvienne prise pour une annexite. — Laparotomie médiane. — Appendicectomie. — Guérison

Mme X..., de Ceilhes-Roqueredonde, âgée de 50 ans, entre à l'hôpital Saint-Eloi-Suburbain, le 23 septembre 1905, adressée par le docteur Babeau qui avait porté le diagnostic d'appendicite.

Les antécédents de la malade ne renfermaient aucun fait digne d'être signalé, mais la maladie actuelle remontait à environ un an et demi. A la suite de troubles digestifs peu caractérisés, la malade avait ressenti des douleurs dans la fosse iliaque droite. Ces douleurs avaient un caractère sourd, continues, sans qu'il y ait jamais eu de crises nettes.

Depuis 6 mois, les phénomènes sont devenus plus aigus,

les douleurs sont très vives avec des crises paroxystiques assez fréquentes avec ballonnement et envies de vomir, mais n'ayant jamais obligé la malade à garder le lit. Aucun trouble du côté de l'utérus (ménopause depuis 5 ans), légère constipation habituelle.

Etat actuel. — La malade présente un état général assez satisfaisant et attire tout de suite l'attention du côté de la fosse iliaque droite. La paroi abdominale est normale et se laisse déprimer très facilement ; la fosse iliaque droite est libre et indolore dans sa partie supérieure, mais le palper révèle un peu au-dessus du Mac Burney une masse dure assez douloureuse plongeant dans le petit bassin ; ceci nous amène à faire le toucher vaginal. On sent tout d'abord que l'utérus est normal ; mais, dans le cul-de-sac vaginal droit, la masse dure précédemment neutre est très facilement accessible. Le toucher combiné nous renseigne d'une façon exacte sur l'étendue de la lésion. La masse inflammatoire affecte le volume d'une mandarine et est intimement accolée sur le flanc droit de l'utérus.

Diagnostic. — Etant donné les connexions de la masse inflammatoire avec l'utérus, on pensa à une annexite coexistante avec une appendicite, et l'intervention fut décidée.

Opération. — Le 27 septembre la laparotomie médiane fut pratiquée après anesthésie au mélange et dès que l'écarteur fut en place on s'aperçut qu'ainsi que l'avait pensé le docteur Babeau, il s'agissait bien d'une appendicite seule. En effet, après avoir écarté avec douceur un paquet d'anses intestinales agglomérées sur le flanc droit de l'utérus et adhérent à cet organe on découvrit un foyer inflammatoire légèrement purulent qui empiétait un peu sur la face antérieure de l'intestin et auquel venait aboutir l'appendice. En arrière

se trouvaient les annexes droites parfaitement saines et intactes. L'appendice très friable fut reséqué et son moignon enfoui suivant la méthode classique. Le foyer fut nettoyé avec des compresses aseptiques ; un petit drain fut mis à son contact et la paroi fut suturée à plusieurs plans.

Les suites opératoires furent absolument normales et apyrétiques et la malade sortait trois semaines après complètement guérie.

Tout dernièrement son docteur nous apprenait que la santé se maintenait absolument intacte.

RÉFLEXION. — Voilà donc une observation dans laquelle l'examen clinique semblait devoir faire croire à une annexite et il s'agissait d'une appendicite descendante à type pelvien accolée à la face antérieure de l'utérus. Et la conséquence fut que la voie médiane fut choisie ce qui, d'ailleurs, n'offrit aucune espèce de gêne opératoire,

OBSERVATION III

(Lance, in *Bulletin Société Anatomique*, 7 novembre 1902)

Appendicite pelvienne gauche ancienne. — Annexes saines

S. Marie, 44 ans, entre le 21 octobre 1902, au pavillon Cruveilhier, dans le service de M. Ricard. C'est une femme obèse, à parois relâchées, qui vient pour un prolapsus génital marqué. En la touchant, on trouve dans de cul-de-sac gauche une masse dure, non mobile sur l'utérus, douloureuse à la pression. Elle explique alors qu'elle a eu autrefois plusieurs fausses couches, des accidents péritonéaux graves, qu'elle a pendant longtemps suivi un traitement pour des salpingites.

On pense à un reliquat de salpingites et, comme on lui attribue les douleurs très vives dont se plaint la malade, on décide de l'opérer.

Le 31 octobre, laparotomie. On trouve en arrière de l'utérus l'appendice cœcal englobé dans des adhérences qui tiennent à l'utérus et à la trompe gauche. Il est volumineux et congestionné. On l'enlève. Les annexes des deux côtés sont saines.

On pratique ensuite une hystéropexie et une périnéoraphie postérieure par dédoublement.

L'examen de la pièce montre un appendice très gros, avec d'énormes franges graisseuses qui présentent des adhérences.

La coupe montre près de son origine deux dilatations séparées par un rétrécissement serré. Dans chacune de ces dilatations se trouve une boulette de matières fécales durcies.

Si l'on prend avec soin l'observation de la malade, on voit que si le diagnostic exact était difficile, du moins bien des particularités auraient pu faire penser à l'appendicite.

La malade a commencé à souffrir du ventre dès l'âge de 8 ans. Elle avait des crises passagères avec vomissements et constipation opiniâtre qui lui faisaient garder le lit.

Bien réglée, elle n'a jamais eu de pertes blanches.

Mariée à 20 ans, elle eut l'année suivante une grossesse normale.

A l'âge de 26 ans, elle fut prise d'accidents péritonitiques graves qui durent près de trois ans. Pendant des mois entiers elle reste alitée avec des poussées douloureuses accompagnées de vomissements abondants et de constipation opiniâtre. A l'examen, on lui trouve, dit-elle, des abcès dans le ventre, derrière la matrice.

Pendant cette période, elle fait trois fausses couches : une de six semaines, les autres de un mois environ.

Depuis cette époque, pendant une période de sept années, elle souffre beaucoup moins. Son ventre ne devient douloureux qu'au moment des règles. Celles-ci sont d'ailleurs régulières. Elle n'a aucune perte.

A 30 ans, nouvel accouchement normal au cours duquel se produit une déchirure du périnée.

Depuis l'âge de 36 ans, les douleurs augmentent. Mais leurs caractères diffèrent : ce sont surtout des douleurs dans les reins, surtout à la fin de la journée. Un médecin consulté lui fait porter une ceinture abdominale et lui pratique des pansements utérins avec des tampons.

Depuis trois mois les douleurs sont devenues si vives qu'elle est obligée de cesser de piquer à la machine. Ce sont ces troubles qui l'ont amenée consulter à l'hôpital.

Il nous semble, ajoute Lance, que si ces détails avaient été connus avant l'intervention, le début des accidents à l'âge de huit ans, leur persistance, la gravité des phénomènes péritonitiques, l'absence de pertes, de symptômes de métrite, la présence d'une grossesse ultérieure, auraient pu faire naître des doutes sur leur origine salpingienne et attirer l'attention sur la possibilité d'une appendicite pelvienne.

OBSERVATION IV

(In thèse de Quillard, obs. XI, février 1901)

Appendicite prise pour une annexite. — Laparotomie.

Résection de l'appendice. — Guérison

Femme de 25 ans. Diagnostic porté : péri-ovaro-salpingite droite. On décide d'employer la voie abdominale pour conserver les annexes gauches. Laparotomie sous-ombilicale ;

on tombe un peu en dehors d'un plastron qui occupe la portion inférieure de la fosse iliaque droite ; ce plastron est constitué par deux anses d'intestin grêle et le grand épiploon accolés à la paroi abdominale.

On décolle prudemment les anses intestinales. On trouve ensuite et on écarte en haut le cœcum ; on résèque une lame épaisse d'épiploon enflammée sur une largeur de 3 à 4 centimètres, on aperçoit enfin le fond de l'utérus avec lequel ces différents organes avaient contracté des adhérences. On pénètre dans la concavité sacrée, et on amène au jour avec peine l'ovaire droit, absolument sain ; mais fortement fixé à la paroi pelvienne.

En essayant ensuite de décoller un magma enflammé qui occupe la profondeur de la concavité sacrée on découvre un calcul fécal. Ce calcul, extirpé sans grand effort, offre la forme et le volume d'un gros haricot. Il occupait une cavité fongueuse de laquelle on ramène l'extrémité de l'appendice qui, en somme, occupait le fond de Douglas.

Cet appendice avait été amputé par l'inflammation, mais il n'était pas gangrené, les adhérences ayant suffi à conserver sa validité.

La portion cœcale de l'appendice est recherchée et retrouvée. Elle paraît presque fibreuse, elle semble complètement fermée. On le résèque après ligature à la base. Nettoyage. Drainage. Guérison.

OBSERVATION V

Souligoux, *in th.* Guillard, 1901.

Laparatomie pour douleurs dans la fosse iliaque droite et troubles digestifs. Ablation de l'ovaire droit. Persistance de douleurs.

Nouvelle laparatomie. Ablation de l'utérus et des annexes droites. Persistance de douleurs. Diagnostic porté d'appendicite chronique méconnue. Résection de l'appendice. Guérison.

Mme D..., âgée de 43 ans, me fut adressée pour troubles digestifs accompagnés de douleurs dans la fosse iliaque droite. Je conclusai qu'il s'agissait d'une appendicite chronique; c'était aussi l'avis de plusieurs de mes collègues des hôpitaux que la malade avait consultés.

Elle avait déjà subi, huit ans auparavant, une laparatomie au cours de laquelle on enleva l'ovaire droit. Comme il n'y avait pas de soulagement, on fit, un an après, l'ablation de l'utérus et des annexes gauches; il y eut, à la suite de cette intervention, une fistule vésico-vaginale qui nécessita deux nouvelles opérations.

L'état de cette femme, quand je la vis, était sérieux; état nerveux prononcé, amaigrissement considérable. Perte de l'appétit ou plutôt crainte de souffrir après l'absorption d'aliments. Opération le 18 mai 1905; on trouve un appendice grêle situé en avant, s'appuyant sur la face antérieure du cœcum et de la terminaison de l'iléon. De cet appendice partait, au niveau de sa partie moyenne, un tractus fibreux qui, se portant en arrière, contournait la face postérieure de l'iléon, de telle sorte que lorsque les matières passaient dans cette partie de l'intestin, celui-ci avait tendance à se couder sur cette bride. L'appendice enlevé était oblitéré en plusieurs points de son trajet, limitant ainsi plusieurs poches très petites pleines de muco-pus. Guérison sans incidents. Depuis cette intervention, la malade se porte infiniment mieux; les troubles digestifs ont totalement disparu et le poids a augmenté de 6 kilos.

OBSERVATION VI

Legueur (*Revue int. de méd. et de chir.*), 25 avril 1902 (résumée)

Annexite prise pour une appendicite

Le 17 mai 1902 rentre, au numéro 17 de la salle Notre-Dame, une femme de 34 ans en pleine crise aiguë d'une affection abdominale.

La veille de ce jour, à huit heures exactement, elle avait été prise brusquement de douleurs très vives dans le ventre, à droite, de nausées, de frissons et de fièvre; le lendemain les douleurs persistaient, la malade commençait à vomir, et sans attendre davantage, sur les conseils du médecin, elle entre à l'Hôtel-Dieu.

Dans cet établissement elle est examinée. Elle éprouve dans la fosse iliaque droite une vive douleur que la pression réveille; la douleur s'accompagne d'une défense musculaire très accentuée; le pouls est faible à 120, la température à 37°5, la langue est sale, le facies altéré. Déjà l'année précédente, au mois de juin, elle avait été soignée pour une crise semblable à l'hôpital Andral, dans le service de M. Mathieu; c'étaient les mêmes douleurs à droite, la même sensibilité du ventre. Comme aujourd'hui, il y avait des vomissements et de la fièvre. On reconnaissait les signes d'une appendicite, et sans parler d'opération, on appliquait de la glace, on donnait de l'opium, et trois semaines après, exactement le 7 juillet, la malade rentrait chez elle en excellent état.

Depuis lors elle n'avait ressenti aucune douleur, son ventre n'avait jamais été sensible, elle n'avait jamais eu de pertes.

Le diagnostic d'appendicite est porté et l'opération décidée.

Celle-ci découvre un péritoine non enflammé, un appendice

blanc souple non rigide, sans fausse membrane, sain ; on l'enlève cependant et la plaie est fermée. La malade va mieux.

Quelque temps après, Legueu fait le toucher vaginal et trouve à droite de l'utérus une tuméfaction douloureuse qu'il suppose de nature annexielle — et quelques semaines après il fait une nouvelle laparotomie, celle-là médiane, et enlève une trompe droite suppurée avec un ovaire moins altéré.

OBSERVATION VII

Appendicite et annexite. — Annexite prise pour appendicite.

Je reçois à l'hôpital Tënon une femme de 23 ans, ayant dans la fosse iliaque un foyer nettement inflammatoire, adhérent à la paroi qu'on a dénommée « pérityphlite » et qu'il semble impossible de confondre avec une tuméfaction des annexes.

Il est très haut situé, indépendant de l'utérus ; au toucher vaginal, le cul-de-sac est libre et il faut porter le doigt profondément pour arriver à sentir ou plutôt à soupçonner la partie inférieure du foyer. Du côté gauche il n'y a rien absolument, ni empatement, ni douleur. Le diagnostic d'appendicite ne peut faire aucun doute ; il y a du pus et l'incision latérale est seule indiquée. J'incise la paroi abdominale, dont les couches profondes sont infiltrées, et je tombe au milieu d'adhérences épiploïques, sur une surface qui me paraît appartenir au cœcum, et un cylindre contourné que je prends pour l'appendice ; mais, en disséquant, je m'aperçois que j'ai

affaire à la trompe, dont la partie externe dilatée est remplie de pus et dont la moitié interne cylindrique me conduit sur la corne de l'utérus. Après avoir réséqué ce pyosalpinx, l'utérus mobile se laisse attirer sur la plaie et me montre les annexes gauches libres et saines. Tamponnement léger à la gaze, suture de la plaie, guérison.

En somme, j'ai vu là une salpingite suppurée du côté droit, avec intégrité parfaite du côté gauche, ce qui se voit, mais n'est pas ordinaire, et la salpingite était haut située dans la fosse iliaque, au voisinage du flanc droit, tout entière au-dessus du détroit supérieur. Pouvais-je deviner la lésion annexielle ? Sur quelle présomption me serais-je fondé pour ne pas tomber dans l'erreur ?

OBSERVATION VIII

(Letulle. Extraite de la *Revue internationale de Médecine et de Chirurgie*, 1902)

Appendicite ou annexite?

Le 8 mai 1901, une jeune femme entrait dans l'après-midi salle Notre-Dame, pour des accidents abdominaux aigus qui avaient débuté deux jours auparavant ; elle avait été prise en dehors de ses règles de douleurs abdominales, de vomissements, et avait été forcée de s'aliter tout de suite. Deux jours de repos n'avaient rien donné, et elle venait à l'hôpital dans un état assez alarmant. Le ventre est ballonné, douloureux et contracturé ; les vomissements sont constitués par de la bile ; le pouls est rapide à 110, la température à 38°5. L'interne de garde croit à une appendicite, il fait venir le

chirurgien de garde, mais celui-ci ne juge pas à propos d'intervenir et prescrit de la glace.

Le lendemain, la malade n'est pas mieux ; elle a été agitée toute la nuit, elle a vomi deux fois, la température est à 38°, le pouls à 120. L'interne de la salle, M. Chevassier, justement effrayé de ces manifestations, me fait part de ses inquiétudes, et, pensant qu'une opération immédiate sera nécessaire, me prie d'examiner de suite la malade.

Je suis frappé d'abord par l'aspect très favorable, par le facies très reposé que cette malade me présente ; la voix est bonne, les yeux ne sont pas cernés, la langue est simplement sèche mais blanche. Depuis quatre heures du matin, les vomissements n'ont pas reparu ; la température est à 38°, mais le pouls n'est pas brillant, il est rapide à 120 et assez dépressible. Voilà pour les signes généraux. Voici maintenant les signes locaux : le ventre est développé, surtout au-dessous de l'ombilic, le ballonnement est à ce niveau bilatéral, la contracture et la sensibilité provoquée également, accentuée à droite et à gauche. Il n'y a pas de prédominance de la douleur dans la fosse iliaque. Mais par le toucher vaginal, je trouve l'utérus douloureux et, dans les deux culs-de-sac, je devine plutôt que je ne sens une tuméfaction douloureuse.

Je refusai d'opérer ; mon diagnostic fut salpingite, et pour cela je me basais autant sur les résultats du toucher que sur l'intégrité de l'état général. Et malgré la rapidité du pouls, je maintins ferme mon diagnostic et mon traitement d'expectative. L'avenir, d'ailleurs, me donnait raison ; au bout de quelques jours, la malade allait mieux et je l'opérai bientôt de sa double salpingite.

OBSERVATION IX

(Service de M. le professeur Tédénat. Observation recueillie
par M. Spataros)

Appendicite suppurée adhérente à un pyosalpinx droit. — Intégrité des annexes du côté gauche. — Laparotomie. — Ablation de l'appendice. — Guérison.

Catherine S..., 25 ans, consulte M. le professeur Tédénat le 20 novembre 1891. Elle est bien constituée, bien réglée entre 14 et 22 ans.

A 22 ans, les règles deviennent douloureuses, abondantes, durent 8 à 10 jours. Leucorrhée abondante il y a 10 mois : accident de pelvi-péritonite. Les douleurs violentes siègent d'emblée haut dans le flanc droit et sont médiocres dans la région sacrée. Constipation excessive, guérison après une débâcle, mais il reste ensuite après huit à dix jours une induration de quatre à cinq travers de doigts au-dessus de l'arcade crurale droite.

Trois mois après, nouvelle atteinte semblable à la première, mais un peu moins violente peut-être. Quand la malade consulte M. le professeur Tédénat, elle est pâle, amaigrie, constipée aussi de temps en temps, avec des débâcles. Les pertes durent 8, 10, 12 jours, la leucorrhée est médiocre.

Le palper abdominal permet de constater une plaque d'induration arrondie, circulaire, large de 7 à 8 centimètres et placée sur la ligne qui va de l'ombilic à l'épine iliaque droite antéro-supérieure. Cœcum nettement distendu par les gaz. La plaque susdite est très sensible à la pression. Par le tou-

cher vaginal, l'utérus est en position normale, col entr'ouvert sans déchirure : cul-de-sac antérieur latéral gauche et postérieur libres, les annexes du côté gauche sont perceptibles et ne paraissent aucunement malades. Du côté droit, la trompe paraît saine dans sa moitié interne, elle est distendue avec la forme et les dimensions d'un œuf et haut placée dans sa moitié externe, qui paraît se rattacher au plastron inflammatoire perceptible à la partie supérieure de la fosse iliaque droite.

M. Tédénat croit à une appendicite ayant déjà donné lieu à deux rechutes, et, se base sur la situation élevée du plastron inflammatoire, ainsi que sur l'intégrité des annexes gauches. Comme il y a eu déjà deux rechutes d'appendicite, il propose la laparotomie et elle est faite huit jours après.

Opération. — Incision sur le côté externe du muscle droit au niveau du placard. Adhérences nombreuses difficiles à déchirer. On y parvient et on voit l'appendice iléo-cœcal qui a la dimension du petit doigt, distendu à son extrémité en ampoule arrondie, entourée de fausses membranes épaisses, grisâtres, qui le rattachent à la trompe, laquelle contient une collection purulente, du volume d'un œuf de poule, surtout à sa partie interne. Décortification difficile, ligature de l'appendice à sa base et amputation de la trompe à son origine, autre ligature à la partie externe du ligament large. Cautérisation au thermo-cautère du moignon d'amputation, tamponnement à la Michuliez.

La malade a deux vomissements dans la journée, la température atteint une seule fois 38° 5 dans les cinq premiers jours, le pouls oscille entre 100 et 120.

Après quelques jours, ablation du Michuliez et entretien de trois fils d'attente. Réunion complète le quinzième jour.

M. le professeur Tédénat a revu la malade en novembre

1894 ; elle ne souffrait aucunement, mais présentait un léger degré d'éventration pour laquelle une opération radicale a été refusée, la malade se trouvant très peu incommodée.

OBSERVATION X

(Service de M. le professeur Tédénat)

Appendicite à rechutes. Ovaro-salpingite. Résection de l'appendice par fragments. Guérison.

Victorine T..., 40 ans, est envoyée à M. le professeur Tédénat par le docteur B..., de S...

Bonne santé habituelle ; réglée à 12 ans ; perd pendant trois à quatre jours avec quelques douleurs la veille.

Mariée à 19 ans ; n'a pas eu de grossesse.

Il y a 7 ans, frissons, fièvre, constipation, ventre douloureux, nausées, la convalescence fut pénible et dura plusieurs mois.

Déjà depuis deux ou trois ans, la malade éprouvait quelques troubles digestifs et ressentait dans le flanc droit et la fosse iliaque des douleurs lancinantes. Les règles sont supprimées depuis le mois de mai 1892, sans autre accident que les douleurs du flanc droit en septembre dernier. Douleurs très vives dans la fosse iliaque droite et le flanc droit, constipation, perte d'appétit.

Quand la malade entre à l'hôpital, le 10 avril, elle est faible, amaigrie, plutôt constipée avec de temps en temps de vives douleurs dans le flanc droit et la fosse iliaque, où l'on a appliqué deux cautères qui suppurent depuis un mois.

Le flanc droit est un peu empâté sur une ligne qui va de

l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure et au-dessous de cette ligne, par le toucher combiné au palper abdominal, on sent l'utérus en rétroversion légère, les annexes gauches saines et mobiles, les annexes droites englobées dans un exsudat qui occupe et distend le cul-de-sac latéral droit et se continue avec le plastron de la fosse iliaque.

20 avril. — Laparotomie latérale : on arrive sur des masses d'inflammation chroniques qui sont déchirées et desquelles la pince gouttière de Tripier permet l'extraction d'une cuillerée à dessert de pus. L'appendice est enlevé par morceaux et on se consent de drainer avec deux tubes entourés de gaze idioformée.

Pas d'accidents jusqu'au 24 ; ce jour-là on constate une petite fistule stercorale qui est fermée complètement le 28. A cette date la malade se nourrit, va à la selle, souffre peu ; l'induration diminue soit dans le cul-de-sac, soit au niveau des drains.

Le 3 mai, ablation des drains ; la malade sort le 11 juin sans plaie, sans fistule, ne souffrant pas, ayant très bon appétit.

M. le professeur Tédénat l'a revue en juin 1894 a et constaté la disparition presque complète de toute induration des annexes.

Pas la moindre constipation, pas la moindre douleur,

OBSERVATION XI

(Service de M. le professeur Tédénat et recueillie par M. Vieu)

Appendicite à rechutes, adhérences étendues de l'appendicite avec la trompe et l'ovaire à peu près sains. Intégrité des annexes du côté gauche.

Sylvie S..., 30 ans, fortement constituée, sans antécédents pathologiques dans les ascendants ; réglée régulièrement

depuis l'âge de 13 ans pendant trois ou quatre jours, sans douleurs. Deux accouchements réguliers et à terme, l'un à 23, l'autre à 28 ans.

Il y a deux ans, la malade, ordinairement un peu constipée, éprouvait depuis cinq à six jours quelques vagues douleurs dans la fosse iliaque droite, quand tout à coup les douleurs devinrent très vives à droite de l'ombilic, s'accompagnant de nausées, de vomissements, de ballonnement du ventre, de légers frissons. Cet état dura cinq jours, au bout desquels, sous l'influence d'un laxatif, une selle abondante survint à la suite de laquelle le gonflement du ventre et les douleurs diminuèrent sensiblement.

Mais il resta pendant cinq ou six mois de l'empâtement dans la fosse iliaque droite.

Depuis cette époque, la menstruation, jusque-là indolore, s'accompagne de tiraillements sur la région sacrée et dans le pli de l'aîne droit, elle n'est pas plus abondante et ne s'accompagne pas de leucorrhée.

Cinq mois après cette crise, une autre semblable, mais un peu plus intense survint; elle s'accompagna de fièvre, de quelques vomissements, de constipation et laissa après elle un plastron mal limité et douloureux dans la fosse iliaque droite.

Troisième crise légère du 10 au 20 janvier 1890, elle laisse de la sensibilité, des douleurs lombaires plus accentuées qu'avant.

Quatrième rechute très légère dans les premiers jours de mai 1890.

La malade consulte M. Tédénat le 25 mai.

À cette époque, la malade est pâle, amaigrie, présente un facies souffrant; elle a peu d'appétit, est constipée avec des douleurs légères pendant la défécation.

Il existe une légère saillie arrondie dans la fosse iliaque droite, constituée surtout par du ballonnement cœcal et un

léger empâtement dans lequel on croit percevoir vaguement la dilatation cylindrique de l'appendice.

Par la combinaison du palper abdominal et du toucher vaginal, on constate que l'utérus est en position normale, mobile, les culs-de-sac latéral gauche, antérieur, postérieur, souples ; profondément dans le cul-de-sac droit, on sent une vague induration qui paraît se continuer avec l'induration péri-appendiculaire, laquelle paraît plus nette que par le simple palper abdominal.

Quand on essaie de porter l'utérus fortement à gauche, en combinant l'action de la main externe avec celle du doigt intravaginal, on provoque une vive douleur dans la fosse iliaque droite, irradiée dans la cuisse.

M. le professeur Tédénat diagnostique un appendicite avec adhérences de l'appendice aux annexes droites et, à cause des rechutes multipliées, conseille une opération radicale, laquelle est faite trois jours après avec les précautions d'usage.

Opération. — Incision latérale, décollement pénible de l'appendice qui est enveloppé d'adhérences et qui adhère par en bas à la trompe ovulaire, qui paraît saine. Ces adhérences sont coupées avec le thermo-cautère. L'appendice, du volume du petit doigt, est long de 7 centimètres et après ligature au moyen d'un fil de catgut, sectionné à la base, une suture à la Lambert peut être placée sur la section. Mèche de gaze iodoformée et suture sur deux plans.

Malgré l'ouverture de la cavité péritonéale, tout se passa sans incidents et la cicatrisation était complète le 22 juin.

La malade a été revue en décembre 1892, bien portante, bien réglée, ne souffrant plus à l'époque de ses règles, ni pendant les périodes intermenstruelles.

REMARQUE. — L'absence de lésions utérines et l'intégrité des annexes permettent de supposer que les adhérences qui unissaient la trompe à l'appendice étaient le résultat de l'appendicite.

CHAPITRE III

Diagnostic

Les descriptions classiques semblent établir de telles différences entre la symptomatologie des annexites et des appendicites, qu'au premier abord la question du diagnostic paraît devoir être des plus faciles à résoudre.

L'appendice est un organe abdominal, la trompe a un siège pelvien ; le premier est une dépendance du tube digestif, la seconde est une annexe de l'utérus ; de ces deux ordres de considérations il est facile de tirer des conclusions qui font apparaître la pathologie de ces deux organes, en théorie si dissemblables, comme devant être des plus différentes.

En réalité le problème est bien plus complexe et toute la première partie de notre travail permet de prévoir les difficultés innombrables et souvent insurmontables auxquelles se heurte la clinique courante. Tout d'abord nous avons vu combien anatomiquement l'appendice avait une position variable et comment il devenait souvent un organe pelvien contractant ainsi avec la trompe droite des relations tant anatomiques que cliniques d'une très grande intimité. Les observations que nous avons rapportées ensuite et que nous aurions pu donner plus nombreuses et aussi concluantes, nous ont montré la fréquence des erreurs cliniques et comment il pouvait arriver, même au plus habile, de commettre des confusions des plus regrettables.

Le 18 juillet 1906, Orth, à la Société de Médecine de Berlin, rappelait les travaux de son assistant Aschoff, qui avait établi que sur 400 appendices frais enlevés pour appendicite, 9 à 10 pour % étaient sains ; et il pense qu'il s'agissait dans ces derniers cas de lésions annexielles, ovarite ou salpingite, ayant présenté avec plus ou moins d'exactitude le tableau clinique de l'appendicite. Ces chiffres montrent bien que le diagnostic différentiel entre l'appendicite et l'annexite n'a pas simplement une importance scientifique ; ce n'est pas un de ces problèmes dont la solution exacte ne sert qu'à mettre en vedette l'habileté et le savoir de celui qui la trouve ; mais l'intérêt du malade est lui-même en jeu et souvent les pires catastrophes sont imputables à la fausseté du diagnostic. Dans les cas que vise Orth, l'opération chirurgicale n'a pu amener aucun soulagement aux souffrances du malade, ni aucune garantie contre les dangers qu'il pouvait courir, si bien qu'elle a été complètement inutile et qu'une nouvelle intervention est nécessaire.

Il est à noter aussi que tous les chirurgiens ne partagent pas l'avis de Landau, qui également à la Société de Médecine de Berlin, soutenait qu'une intervention précoce s'imposait pour les deux affections quand elles sont aiguës ; si bien que le diagnostic ne devient important que dans les formes chroniques. Pour beaucoup, au contraire, les indications opératoires ou autres, les voies chirurgicales employées sont commandées par l'affection à laquelle on croit avoir affaire. La méconnaître c'est, suivant le cas, tenter une opération dangereuse ou retarder une intervention indispensable. Pour eux, en effet, dans les cas de salpingite ou de péri-salpingite, l'opération urgente est formellement contre-indiquée alors qu'elle est souvent urgente dans les cas d'appendicite et parfois même absolument indispensable.

De toutes ces considérations il nous faut conclure qu'il est

de la plus grande importance de rechercher les signes qui nous permettent d'affirmer telle ou telle lésion et qui, du même coup, détermineront notre conduite à venir.

Tout d'abord, la lecture des traités classiques nous montrera qu'il n'existe pas de signes spécifiques d'aucune des deux affections qui nous occupent, et nous verrons, d'autre part, qu'il n'est pas un des symptômes de l'une qui ne puisse se trouver dans l'autre, avec les mêmes caractères de siège et d'intensité.

Cette double constatation nous fait déjà présager toutes les difficultés du diagnostic et, si on pense que les symptômes ne se présentent pas toujours en groupements définis, mais agencés de façons très diverses de manière à varier à l'infini les formes cliniques, on comprendra combien les erreurs peuvent être fréquentes.

A défaut de signes spécifiques ou de groupement symptomatique caractéristique, on a cité un certain nombre de considérations qui, dans certains cas, permettraient d'éliminer l'un ou l'autre des diagnostics en suspens. L'âge et les antécédents génitaux sont les seuls que nous ayons à retenir. Il est évident que le diagnostic d'appendicite est de beaucoup le plus probable quand il s'agit d'enfants ou encore de personnes âgées, dont le passé utérin est vierge de toute inflammation gono ou streptococcique ; encore ne faut-il pas être trop exclusif et oublier que le bacille tuberculeux peut donner lieu à des salpingites qui, elles, sont indépendantes de l'âge du sujet et des infections génitales dont elle a pu être victime.

Certaines ovarites peuvent aussi se développer en dehors de toute contamination extérieure, voire même de tout agent infectieux. L'on a rapporté, Quillard entre autre autres, de nombreuses observations où un ovaire scléro-kystique avait provoqué des crises douloureuses qui, en l'absence de tout

commémoratif génital, étaient mises sur le compte d'un appendice que l'opération découvrait absolument sain. Malgré toutes ces raisons d'hésiter, alors même que le sujet est jeune ou indemne de toute infection d'origine génitale, il n'en est pas moins évident que c'est pendant la vie génitale de la femme que le problème se pose le plus souvent et que ses données sont les plus embarrassantes.

Il nous faut maintenant passer successivement en revue les symptômes habituels des annexites et des appendicites et exposer à propos de chacun d'eux les points communs, causes de toutes les confusions et les particularités qui permettent au contraire leur différenciation. Ces symptômes peuvent être groupés sous cinq chefs :

- 1° les signes fonctionnels ;
- 2° les signes locaux ;
- 3° les signes généraux ;
- 4° les symptômes associés ;
- 5° l'évolution.

1° *Les signes fonctionnels.* — Le plus important d'entre eux est la douleur ; c'est elle qui compose avec la résistance musculaire et l'hyperesthésie cutanée la triade symptomatique de l'appendicite décrite par Dieulafoy. Cette douleur présente plusieurs caractères et voici comment l'auteur que nous venons de citer, et qui fait autorité en la matière, précise le plus important de tous : le siège. « La douleur appendiculaire, dit-il, occupe le milieu d'une ligne tirée de l'ombilic à l'épine iliaque antérieure et supérieure du côté droit : c'est le point de Mac Burney. Il faut rechercher avec le plus grand soin cette région douloureuse et alors même que les douleurs seraient peu vives, alors qu'elles seraient irradiées à d'autres points de l'abdomen, on peut arriver par une pal-

pation, par une pression méthodique à raviver, à provoquer, à exalter la douleur dans la zone appendiculaire ou dans ses parages ». La douleur n'est pas le seul renseignement que l'on puisse trouver dans l'examen du point de Mac Burney et le palper qui la cherchera en cet endroit relèvera encore la présence de la défense musculaire et de l'hyperesthésie. « Ces différents signes, dont le maximum siège à la fosse iliaque droite, au point de Mac Burney, permettent de reconnaître l'appendicite ». Telle est l'importance que le professeur de clinique parisien attribue au siège de la douleur.

Malheureusement ce siège n'a pas toute la fixité désirable. Il est sans doute rare qu'une trompe fixée au cours d'une grossesse dans une situation abdominale s'y enflamme et donne des symptômes dont le maximum se trouve au niveau du Mac Burney. Mais en revanche nous savons combien l'appendice est mobile.

Dans les chapitres précédents nous avons montré combien sa situation pelvienne était fréquente, soit qu'il s'agisse d'une disposition anatomique congénitale, soit que ce soit un travail pathologique qui ait présidé à ce bouleversement de l'ordre normal. Bien plus, nous avons rapporté une observation (observation III) que Lance a communiquée en 1902 à la Société anatomique, et qui nous montre les phénomènes appendiculaires, et l'appendice lui-même transporté du côté gauche ; cette position anormale de l'appendice est d'ailleurs loin d'être rare, et l'on cite de nombreux cas où on la trouve dans des sacs de hernies inguinales droits ou même gauches. Ces changements anatomiques entraînent les changements correspondants dans le siège des accidents pathologiques et ce sont eux qui le plus souvent sont la cause bien difficilement évitable des erreurs de diagnostic.

La même irrésolution résulte de l'examen des autres caractères de la douleur. Parfois brusques les douleurs appendi-

culaires ou annexielles sont souvent précédées de prodromes divers ; sourdes et continues dans certains cas, elles peuvent être aiguës ou paroxystiques dans d'autres. On parle de colique appendiculaire comme on parle de coliques salpingiennes, et il est souvent bien difficile de distinguer l'une de l'autre. On a aussi prétendu que les douleurs salpingiennes apparaissent de préférence au moment de la menstruation, les douleurs appendiculaires n'étant pas influencées par les périodes menstruelles. Écoutons Legueu : c'est un fait d'observation très commun que l'appendicite chronique subit au moment des règles une poussée ; il se fait à cette époque un réveil des douleurs et on ne peut se baser sur cette relation pour rejeter l'appendicite et admettre la salpingite. Cette influence de la menstruation sur l'appendice est admise d'ailleurs par tous les auteurs (1).

Ainsi donc il n'est pas possible de tabler sur les caractères de la douleur pour porter le diagnostic ferme d'appendicite et force nous est de recourir à d'autres signes. Voyons tout d'abord les signes physiques.

2° *Les signes physiques.* — Il en est toute une catégorie qu'il nous faut rejeter. Tels sont le ballonnement du ventre et la tumeur cœcale en boudin, soi-disant caractéristique de l'appendicite. Le premier qui existe dans les deux affections ne se présente pas avec des différences assez marquées pour avoir une grande valeur. Les auteurs classiques disent bien que ce ballonnement bilatéral, sous-ombilical et localisé dans les cas de salpingite est, au contraire, total ou localisé à une moitié de l'abdomen lorsqu'il s'agit d'appendicite. Mais ces

(1) Le Gendre. *Société médicale des hôpitaux*, 1897 ; Ochsner, de Chicago dans le *Bost. med. and surg.*, 13 juillet 1899, p. 45.

distinctions, difficiles à établir en clinique, n'ont rien d'absolu. Quant à la tumeur cœcale en boudin, ce n'est le plus souvent qu'une fausse sensation due à la contraction des muscles de la paroi.

Pour Olshauser, le palper donnerait un signe de la plus haute importance ; ce serait la disposition transversale des exsudats dans le cas d'annéxite, leur disposition longitudinale dans le cas d'appendicite. Mais ce sont là des caractères bien particuliers et bien difficiles à apprécier.

C'est aussi dans certaines particularités de ce palper que Berthomieu prétendit, au Congrès de chirurgie tenu à Paris en 1906, avoir trouvé le signe pathognomonique des appendicites chroniques. Pour lui, il faut attribuer la plus grande importance à la différence, très accusée au point de vue de l'intensité de la douleur dans la pression de la région cœco-appendiculaire, suivant que le malade est dans le décubitus dorsal ou dans le décubitus latéral gauche. Sur 119 cas d'appendicectomie à froid, ce symptôme lui a paru constant ; l'auteur cite même une observation d'appendicite perforée ne donnant aucune douleur à la pression dans le décubitus dorsal et, au contraire, en donnant de très nettes lorsque la pression était exercée sur le malade en décubitus latéral gauche. Pour lui l'exagération de la douleur, dans ces cas, s'expliquerait par d'anciennes adhérences, et il rapporte 10 cas de salpingite manifeste diagnostiqués par le toucher et palper combinés qui, cependant, s'accompagnaient de l'exagération de la douleur dans la position du décubitus latéral gauche ; on opéra et l'on trouva un appendice lésé avec des adhérences très nettes, si bien que dans ces cas, l'exception venait confirmer la règle. Ces diverses affirmations de Berthomieu sont certainement dignes d'être retenues, mais il est à noter que leur constatation n'est qu'une affaire de nuance et que, d'autre part, ce signe, même au cas où il aurait toute l'impor-

tance rigoureuse que lui prête Berthomieu, ne serait applicable qu'aux cas chroniques.

Le toucher vaginal est plus intéressant, il permet de constater le siège pelvien de l'inflammation primitive et surtout d'établir si la tumeur inflammatoire est oui ou non soudée à l'utérus. Dans le premier cas, l'annexite est presque sûrement établie; dans le second, l'appendicite est certaine. Malheureusement cette mobilité n'est pas toujours des plus facile à constater, l'habileté du chirurgien, la finesse de son toucher jouent un grand rôle dans l'espèce, et, d'autre part, une tumeur appendiculaire peut assez souvent être soudée à l'utérus par des adhérences anciennes.

Un autre signe fourni par le toucher et sur lequel Legueu et son élève Mary ont longuement insisté, c'est la douleur marquée de l'utérus au contact du doigt et ce signe est formellement indiqué dans nombre de cas de salpingite, dont le diagnostic pouvait être mis en balance avec celui d'appendicite. Malheureusement, lui non plus n'a pas une valeur absolue et il est bien des cas de salpingites dans lesquels il n'existe pas.

Enfin, le toucher permet, dans certains cas, de constater la bilatéralité des lésions et alors le diagnostic d'appendicite se trouve du même coup écarté, à moins qu'il n'y ait coexistence des deux affections. Cette coexistence est d'ailleurs loin d'être une rareté, le voisinage des deux organes les rendant souvent solidaires dans tout travail pathologique. C'est ainsi que nous avons rapporté trois observations (observations IX, X, XI), recueillies dans le service de notre maître, M. le professeur Tédénat et publiées dans la thèse de son élève Besson. Dans ces observations, il s'agit de personnes atteintes de lésions unilatérales chez qui le diagnostic d'appendicite fut fermement posé; l'opération le vérifia mais montra en même temps que les annexes du côté droit, haut situées, participaient

à la lésion inflammatoire. Il peut encore arriver que même lorsqu'il s'agit de salpingite pure, la lésion paraisse unilatérale, soit que cette apparence réponde à une réalité ou traduise l'inégalité des atteintes. Les deux annexes du côté le plus malade attirant l'attention, l'autre étant, par comparaison, regardé comme sain.

3° *L'état général.* — Les renseignements donnés par l'état général n'ont pas non plus grande importance. Legueu y fait pourtant une grande attention, et dans l'article consacré à la question et publié par la *Revue internationale de Médecine et de Chirurgie*, il dit en propres termes : « L'état général est meilleur dans la salpingite que dans l'appendicite ; et la différence est presque toujours très appréciable. Avec une appendicite, quels que soient d'ailleurs les signes locaux, il y a de l'anxiété, de l'angoisse, les traits sont tirés, les yeux cernés, le facies péritonéal. Dans la péri-salpingite, au contraire, quelque intense que soit la réaction locale, le facies exprime la douleur mais ne manifeste pas cette altération, que j'ai toujours vue dans l'appendicite et à laquelle j'attache le plus grand prix ». C'est sur l'état général que cet auteur se base dans certains cas pour porter un diagnostic, c'est notamment ce qu'il a fait dans une opération que nous rapportons (observation VIII). Les symptômes qui accompagnent cet état général ont, de l'aveu même de Legueu, une importance moindre : le pouls serait moins rapide dans la salpingite pour les mêmes raisons que le facies serait moins mauvais. La température très variable n'a, elle non plus, aucune signification. Les vomissements accompagnent indifféremment l'une et l'autre des deux maladies et sont, suivant les cas, fréquents ou rares, bilieux ou foncés. Pour Legueu, dans le cas d'appendicite, le péritoine étant touché de plus près, ils prendraient plus vite la

teinte sombre qui les rapprocherait des vomissements fécaloïdes de la péritonite.

4° *Symptômes associés.* — Reste maintenant les symptômes qui, dans les autres appareils accompagnent l'appendicite ou l'annexite. Parmi ceux-là l'entérite muco membraneuse d'une part, et les phénomènes utérins de l'autre sont les plus importants. A un examen superficiel il semblerait qu'ils doivent avoir une valeur de premier ordre et que l'existence de l'entérite doit déceler l'appendicite aussi sûrement que la métrite doit mettre sur la voie de l'annexite. En réalité rien n'est moins vrai. Tout d'abord une entérite muco membraneuse non compliquée d'appendicite peut coexister avec une annexite, de même qu'une inflammation utérine ne s'accompagnant pas de lésion annexielle peut paraître chez un sujet dont l'appendice est le siège d'un travail pathologique. En second lieu rien n'est plus classique que le retentissement d'une lésion génitale sur le tube digestif, si bien qu'au moment où le médecin est appelé à donner son avis, les deux appareils sont malades et il est bien difficile de savoir celui qui a été le premier atteint.

5° *Évolution.* — Un dernier point qui pourrait peut-être donner d'utiles indications pour différencier l'atteinte annexielle de l'atteinte appendiculaire, c'est l'évolution de ces maladies. Il est classique de dire que le début est différent suivant le cas : brusque, subit, en coup de poignard dans l'appendicite ; au contraire, précédé de manifestations sourdes, de prodromes légèrement douloureux dans l'annexite. Mais que d'exceptions à cette règle séduisante de simplicité, que de restrictions font tous les auteurs au moment de la formuler ! Il suffit de quelque peu de pratique pour être fixé à ce sujet et savoir de quel faible soutien est dans la question dont nous nous occupons une pareille constatation.

Dans l'évolution proprement dite, même irrégularité, même incertitude. Une appendicite à début bruyant se calme et disparaît complètement jusqu'à ce qu'une nouvelle crise vienne rappeler le mauvais souvenir complètement oublié. Une autre, à début plus calme, passe doucement à l'état chronique, le sujet ne cesse pas d'en souffrir et les crises aiguës ne sont que l'exacerbation de douleurs continuelles. La même variété se trouve dans l'annexite et vient apporter une nouvelle difficulté à la question du diagnostic.

En somme, de tous les signes qui sont cités comme devant emporter la conviction et faire pencher la balance dans un sens ou dans l'autre, nous venons de voir qu'aucun n'est infaillible, tous souffrent des exceptions et qu'ils soient physiques ou fonctionnels, généraux ou locaux, celui qui serait pathognomonique est encore à trouver. Cependant, le clinicien ne doit pas renoncer à poser un diagnostic ferme si pris isolément il n'est point de signes certains; il est tel groupement de symptômes, tel ensemble de faits qui, mis en lumière par un chirurgien exercé, peuvent entraîner sa conviction. Nous avons vu qu'à ce point de vue, les deux signes les plus importants étaient l'état général et les renseignements fournis par le toucher.

Mais il est impossible, dans une description théorique, de préciser l'importance réelle de ces symptômes ou de ces groupements symptomatiques. C'est le sens clinique du praticien qui doit les reconnaître plutôt qu'un théoricien les décrire. La question peut, tout entière, se résumer dans cette parole si profondément vraie de Bouilly : « Entre l'appendicite et l'annexite le diagnostic ne peut se fonder que sur des nuances ».

De cet exposé ne découle pas seulement cette conclusion un peu décevante, mais on peut en tirer quelque avantage

au point de vue thérapeutique. C'est que le chirurgien ne peut jamais affirmer que chez un malade atteint d'une affection abdominale quelconque l'appendice est sain et alors même que l'opération a confirmé son diagnostic et à plus forte raison si elle lui démontre qu'il s'est trompé, il doit toujours au cours d'une laparotomie examiner l'appendice ; et pour peu qu'il soit malade ou que l'opération puisse sans danger être faite, il doit procéder à l'ablation de cet organe inutile, dangereux et dont l'extirpation est des plus bénignes. En procédant ainsi il s'évitera soit l'aveu d'une erreur qui quoique légitime porte toujours atteinte à sa réputation et il évitera au malade ces retours opératoires dont nous avons rapporté quelques exemples et qui sont toujours dangereux pour lui.

CONCLUSIONS

I. Sous l'influence de dispositions congénitales ou de troubles pathologiques, l'appendice peut venir occuper une position pelvienne, relativement fréquente, 35 p. 100, surtout chez la femme. Il peut venir ainsi en rapport soit avec les annexes, soit avec l'utérus lui-même.

II. Sous l'influence d'un travail pathologique survenu au moment où les annexes sont remontées dans l'abdomen (grossesse, tumeur utérine), ces annexes peuvent y rester fixes et venir se mettre en rapport avec l'appendice.

III. L'immense majorité des erreurs de diagnostic entre appendicite et annexite proviennent de ces bouleversements anatomiques et le plus fréquemment de la position pelvienne de l'appendice.

IV. Dans ces cas il n'existe, pour faire le diagnostic entre les deux lésions qui nous occupent, ni signe pathognomonique, ni ensemble de symptômes caractéristiques.

V. Les meilleurs signes, d'après Letulle, seraient les suivants :

a) L'état général, qui serait moins gravement atteint dans l'annexite ;

b) La douleur utérine au toucher vaginal qui n'existerait que dans l'annexite.

VI. La conclusion thérapeutique à tirer de cette incertitude, c'est qu'il faut examiner systématiquement l'appendice dans toute laparotomie, surtout quand celle-ci a fait découvrir une erreur de diagnostic. On doit faire l'appendicectomie au moindre doute.

BIBLIOGRAPHIE

- AUVRAY. — Société anatomique, 23 décembre 1904.
- Diagnostic de l'appendicite, collection des aides mémoires.
- ASHBY. — Appendicite chez la femme. Maryland, med. journ. Baltimore, 1891-1892.
- BAILLET. — L'appendicite pelvienne, diagnostic et traitement, Ann. médic. du Centre, année 1903.
- BARBET. — Sur quelques formes anormales d'appendicite avec abcès iliaque gauche, thèse Paris, 1898.
- BARNSBY. — Appendicite et annexite, coexistence de ces deux affections, thèse de Paris, 1898.
- Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale, 1898, p. 449.
- Situation de l'appendice chez la femme, Société anatomique, 7 janvier 1898.
- Remarques sur l'appendicite chez la femme dans ses relations avec les lésions utéro-annexielles, XV^{me} Congrès français de chirurgie.
- BERTHOMIER (de Moulins). — Congrès de chirurgie, 1906.
- BESSON. — Rapports entre l'appendicite et la salpingo-ovarite, thèse de Montpellier, 1895.
- BINKLEY. — Relations entre la salpingite et l'appendicite, Amér. journ. of. obstét., 1894.
- BLANC. — Inflammations péri-utérines dans leur rapport avec la grossesse et l'accouchement, Revue obst. et gynécolog., 1893.
- BOUILLY. — Appendicite et annexite, Semaine gynécologie, 1897, p. 321, 1898, p. 337 ; Bull. du Congrès de chirurgie, 1898, p. 333.

- BREWER. — Ann. of surgery, 1901, XXIV.
- BROCA. — Appendicite, Actualités médicales, 1900.
- BRUN. — Appendicite. Traité des maladies des enfants, de Grancher.
- BUDIN. — Appendicite et salp., Soc. obst., 16 mars 1897.
- CAMPO (Gonzalez). — Dos casos de appendicitis supurado et y mo de quiste pelvico que le sinnilaba, Rev. spéc. méd. la oto. uno. laringo espan., Madrid, 1903.
- CHAMBARD. — Thèse de Lyon, 1899.
- CHEVALIER. — Thèse de Paris, 1900.
- CHOIGNON. — Des adhérences de l'app. vermifone avec les organes avoisinants dans les opérations intra-abdominales, thèse Lyon, 1894.
- CLADO. — De l'app. iléo-cœcal. Mém., Soc. biol., 1892.
- DAVID. — Appendicite et affect. abdominale qui la simulent, thèse Paris, 1903-1904.
- DELAGENIÈRE (du Mans). — Appendicite et pyosalpinx double, Arch. médicales d'Angers, mars 1897, p. 130.
- Appendicite et annexite. Congrès de chirurgie, 1897. Congrès international de médecine, 1900.
- Appendicite et annexite. Archives provinciales de chirurgie, 1900, n^{os} 7 et 8.
- DELCAMP. — Difficultés du diagnostic de l'appendicite, th. Paris, 1900.
- DIEULAFOY. — Clinique méd. de l'Hôtel-Dieu.
- Pathogénie de l'appendicite. Acad. de méd., 6 avril et 20 avril 1897.
- Précis de Pathologie interne.
- DOLERIS. — Salpingite et appendicite, dans Archives de gynécologie et d'obstétric., oct. 1895.
- Semaine médicale, 1899, n^o 16.
- Annexite simul. l'app., Soc. obst. gyn. et péd., oct. 1897.
- DURAND. — Ligament append. ovarien. Progr. médic., 1895, 12 oct.
- DURET. — Leçons de clinique chirurg., Paris, Malsine, 1894. Journal des Sciences médicales de Lille, 1893.
- ELISENDRATH. — Ann. of surgery, 1902, t. XXXVI, p. 430.
- FERGUSON. — Situation de l'append., Améric. journ., New-York, 1891, p. 61.

FRANKEL. — Append. dans ses rapp. avec l'obst. et la gynéc., Leipzig, 1898.

GLÜCKSMANN. — Soc. de médecine, Berlin, 13 juin 1901.

GORDON. — Appendicite chez l'enfant, thèse Paris, 1897.

HINKSON. — App. et pyosalpinx, Méd., journ., New-York, 1891.

HUNTER-ROLL. — App. d'origine salpingienne, Report. of the Johns hospital, Baltimore, 1892.

JACOBS. — Bull. polyclin., hôpital intern., 1896.

JAGGARD. — App. suppurée et pyosalp. double. Améric. journ. of obstétric., 1893.

JALAGUIER. — Appendicite, in Traité de chirurgie, Duplay et Reclus, 1898, t. VI, p. 601.

KARRENSTEIN. — Deutsche medizinische Wochenschrift, 2 août 1906.

KESTING. — Salp. aiguë et app., Int. mag., Philadelphie, 1892.

KRÜGER. — Rapp. entre l'appendicite et les affect. des org. génit. de la femme. Deutsche zeitsch. f. chir., 1897.

LAFFORGUE. — Situation de l'appendice. Journ. de physiol., 1893, p. 141.

LANDAU. — Soc. de méd. intern., Berlin, 25 juillet 1906.

LEGUEU. — App. pelvienne. Bull. soc. anat., 1892, p. 53.

— Appendicite, monographie, Masson, 1897.

— Cliniques chirurgicales, Félix Alcan, 1902.

— Rev. internat. de méd. et de chirurgie, 25 avril 1902.

LEROY. — Diagn. différenc. de l'append. et des affect. péri-utérines, thèse Paris, 1897.

LUTAUD. — App. et salping., Soc. obst., 11 mars 1897.

MARTINEZ. — Diagn. et trait. des app., thèse Paris 1891.

MATTERSTOCK. — Gehrhardt s. handluch der kinderkrankheiten, vol. IV.

MONOD et VANVERTS. — Appendicite, 1897.

MUNDE. — Pérityphlite et appendicite dans leurs relations avec la gynécologie, Méd. news, New-York, 1897.

NÉSEJEAN. — Diagn. diff. entre certaines formes d'appendicite et de salpingo-ovarite, thèse Lille, 1896.

OLSHAUSEN. — Soc. de méd. de Berlin, 25 juillet 1906.

ORTH. — Soc. de médecine de Berlin, 18 juillet 1906.

- OTTO FALK. — Importance de l'append. pour l'accoucheur et le gynécologue, Arch. f. gyn., 1900, p. 163.
- PAUCHET. — Salpingo-ovarite double et app., Sem. gynéc., nov. 1897.
- PICHEVIN. — App. et inflamm. périsalp., Sem. gynéc., 30 octobre 1899, p. 313.
- POIRIER. — Situation de l'appendice. Tr. d'anat., t. IV, p. 317.
- PONCET. — Bull. méd., mai 1896, p. 454.
- POZZI. — Appendicite, Soc. de chir., 8 déc., 1888.
- Adhérences de l'appendice aux pyosalpinx droits, Bull. soc. de chir., 1898, p. 750.
 - Salpingo-ovarites. Traité de gynécologie, 3^e édit., 1897.
- QUÉAN. — Appendicite et annexite, Journal des praticiens, 9 avril 1898, p. 226.
- QUILLARD. — Thèse Paris, 1901.
- RICHELOT. — De l'appendicite chez la femme, Soc. de chir., 15 octobre 1897.
- Appendicite et annexite. Société obst., 8 avril 1897.
 - Diagnostic de l'app. chez la femme, Bull. méd., mars 1897, p. 441.
- ROBINSON. — University médical magazine, 1896, p. 913.
- ROUTIER. — App. et salpin., Ann. de gyn., décembre 1898; Soc. de chirurg., novembre 1899.
- ROUX (Lausanne). — Appendicite, Bull. du Congrès de chirurgie, 1896, p. 255.
- RUSSEL. — App. et double salpingo-ovarite. Tr. natur. élect. mag. obss., New-York, 1892-93.
- SKENE. — Pyosalpinx compliqué d'appendicite. Brooklyn méd. journ., 1895.
- SONNENBURG. — App. et salpingite, Soc. méd. int. de Berlin, décembre 1890.
- TALAMON. — App. et pérityphite. Coll. Charcot-Delose, 1892.
- TERRIER. — App. et annexite, Soc. de chir., 20 octobre 1890.
- THÉSENARD. — Hématocèle rétro-utérine, thèse Paris, 1896.
- TREUB. — App. et paramétrite, Rev. de gyn. et chirur. obst., 1897, page 263.

VALLÉE. — Appendice chez l'enfant, thèse Paris, 1900.

VERSTRAETE. — De l'appendicite chez la femme considérée au point de vue de ses relations avec les affections utéro-annexielles, Journ. des soc. méd. de Lille, 1900, n^{os} 32, 33 et 34 (t. L, p. 121 et 19), Bull. de soc. anat. clinique de Lille, 1900.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 2 juillet 1907.

Le Doyen,
MAIRET.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 2 juillet 1907.

Le Recteur,
A. BENOIST.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !